

WNIOSEK O ZMIANĘ DANYCH UCZESTNIKA



NUMER POLISY

I. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa firmy

Pieczęć Ubezpieczającego

II. ZMIANA DANYCH UCZESTNIKA

Nazwisko

Poprzednie nazwisko w przypadku zmiany

Imię/Imiona

Drugie imię

Obywatelstwo

Data urodzenia

Płeć (K/M)

PESEL

III. ZMIANA DANYCH ADRESOWYCH

Kraj rezydencji podatkowej (jeśli inny niż Polska)¹

Nr identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Nr telefonu

E-mail

¹W przypadku rezydentów podatkowych z innych krajów niż Polska prosimy o dostarczenie certyfikatu rezydencji podatkowej. W przypadku „Podatników USA” w rozumieniu Kodeksu Podatkowego USA należy wpisać „Podatnik USA”. Uczestnik oświadcza, iż jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

IV. WNIOSEK O ZMIANĘ ZAKRESU UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data obowiązywania zmiany

Część składki regularnej finansowana przez Ubezpieczającego:

Wybór kategorii²

Kapitałowa część składki (w przypadku umów z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi):

Koszt ochrony:

W przypadku, gdy suma ubezpieczenia jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia prosimy o podanie jego miesięcznej wysokości:

Oświadczam, że otrzymałem (-łam) od Ubezpieczającego warunki ubezpieczenia, które obowiązują w Umowie Ubezpieczenia (Umowie), w tym w szczególności: OWU oraz zakres ochrony ubezpieczeniowej i wysokości sum ubezpieczenia w wybranej powyżej przeze mnie kategorii.

Jestem świadomy (-ma), że zmiana będzie obowiązywała począwszy od najbliższego dnia wymagalności składki, następującego po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Towarzystwo tego Wniosku oraz po opłaceniu kosztu ochrony, nie wcześniej jednak niż w dniu wnioskowanej daty obowiązywania zmiany.

Wskazana kategoria ma zdefiniowane kryterium kwalifikacji, które spełniam

(np: zatrudnienie na stanowisku, które jest warunkiem przystąpienia do danej kategorii)

TAK NIE

Jeśli wskazana kategoria nie ma określonych kryteriów kwalifikacji prosimy o wskazanie z czego wynika zmiana kategorii:

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 1 | 5 lat stażu w dotychczasowej kategorii | <input type="checkbox"/> |
| 2 | dokupienie Pakietu Dziecko, w związku z urodzeniem się dziecka w okresie ostatnich 3-ch miesięcy | <input type="checkbox"/> |
| 3 | rezygnacja z Pakietu Dziecko, w związku z brakiem niepełnoletnich dzieci | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Inne warunki jeśli są wskazane w Umowie | <input type="checkbox"/> |

Prawo do powyżej wskazanej zmiany uzyskałem(-łam):

Dane i informacje zawarte w treści Wniosku są uważane za aktualne przez 3 miesiące od daty jego wypełnienia.

Potwierdzam prawdziwość danych wskazanych w pkt. I-IV.

Data

Czytelny podpis Uczestnika

Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Ubezpieczającego

V. ZMIANA UPOSAŻONYCH GŁÓWNYCH

1. Nazwisko		% świadczenia	stopień pokrewieństwa
Imię	Data urodzenia	PESEL	
	D D M M R R R R R		
2. Nazwisko		% świadczenia	stopień pokrewieństwa
Imię	Data urodzenia	PESEL	
	D D M M R R R R R		

VI. ZMIANA UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH

1. Nazwisko		% świadczenia	stopień pokrewieństwa
Imię	Data urodzenia	PESEL	
	D D M M R R R R R		
2. Nazwisko		% świadczenia	stopień pokrewieństwa
Imię	Data urodzenia	PESEL	
	D D M M R R R R R		

VII. DANE PARTNERA UCZESTNIKA²

Wskazanie partnera <input type="checkbox"/>	Odwołanie partnera <input type="checkbox"/>	Zmiana danych partnera <input type="checkbox"/>
Nazwisko		
Imię	Drugie imię	
Data urodzenia	Płeć (K/M)	PESEL
D D M M R R R R R		
Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Kod pocztowy	Miejscowość	

²Partner Uczestnika – osoba niespokrewniona z uczestnikiem, z którą Uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W przypadku gdy uczestnik wskazuje partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim ochrona ubezpieczeniowa dotyczyć będzie wyłącznie osoby partnera.

Data

D D M M R R R R R

Czytelny podpis uczestnika

Zgody dobrowolne

Zgoda na obsługę elektroniczną

Zgadzam się, żeby Allianz przysyłał wszelkie informacje, które dotyczą wszystkich moich umów ubezpieczenia i umów zawartych na moją rzecz – w tym listów rocznicowych i informacji o wysokości świadczeń, które przysługują z tych umów - na ostatni adres e-mail, który wskazałem(-łam) Allianz.

TAK NIE

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez podmioty powiązane³ oraz na wzajemne udostępnianie przez nie tych danych w celu oferowania usług finansowych i dalszego przetwarzania przy wykonywaniu tych usług, oraz na połączenie moich danych w administrowanych zbiorach również z innymi pozyskanymi danymi.

TAK NIE

Zgoda na przesyłanie informacji handlowych

Zgadzam się na przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

TAK NIE

Zgoda na kontakt telefoniczny

Zgadzam się na kontakt telefoniczny w celach marketingowych.

TAK NIE

³ Podmioty powiązane – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze inwestycyjne, Aviva Powszechne Towarzystwo Emerytalne Aviva Santander S.A. oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne, Allianz Sp. z o.o.

Data

D D M M R R R R R

Czytelny podpis Uczestnika